



REGIONAAL PROTOCOL

ACUTE VERLOSKUNDE / PARALLELE ACTIE

NOORD-NEDERLAND

Auteur:	Consortium ZeGNN/AZNN i.s.m. obstetrisch professionals <i>Gebaseerd op protocollen VSV's in Noord NL</i>
Datum:	Juni 2026
Versie:	1.3
Status:	Versie 1.2. Vastgesteld in het Bestuurlijk ROAZ Noord NL op 27 november 2025, per direct van kracht. Versie 1.3. Juli 2026. Op verzoek van de werkgroep tekstuele aanpassing op pagina 9; 4.2 Aanbeveling van veilig vervoer van vitaal bedreigde pasgeboren kinderen en pagina 11; 4.6 Aanbeveling veilig vervoer van niet vitaal bedreigde pasgeboren kinderen. Per direct van kracht.

Voorwoord

Dit regionaal protocol is tot stand gekomen door een samenwerking tussen het **Consortium Zwangerschap & Geboorte Noord-Nederland (ZeGNN)** en het **Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland (AZNN)**. Binnen het consortium wordt verbetering van de kwaliteit van geboortezorg in de 9 noordelijke VSV's nagestreefd. Dit gebeurt door het ontwikkelen, uitwisselen en/of implementeren van onderzoek, praktijk en beleid. Het consortium kenmerkt zich door de multidisciplinaire lijnoverstijgende samenwerking in de regio, brede maatschappelijke inbedding, faciliteren van cliëntenparticipatie, betrokkenheid bij wetenschappelijk onderzoek en de verbinding tussen kennis en praktijk. Stafbureau AZNN coördineert het **Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)** waar ketenpartners afspraken maken over het borgen van beschikbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit van acute zorg. Het ROAZ heeft deze wettelijke taak volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Consequentie hiervan is dat regionale protocollen ook bestuurlijk worden geborgd doordat deze worden vastgesteld door ROAZ-bestuurders. Het maken van regionale afspraken inzake complexe spoedzorgketens is onderdeel van het takenpakket van het ROAZ. Vandaar dat het consortium en het AZNN de handen ineen hebben geslagen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
1 Inleiding.....	4
1.1 Uitgangspunten: benodigde randvoorwaarden bij acute geboortezorg	4
1.2 Doelstellingen en doelgroep protocol.....	4
1.3 Leeswijzer	5
2 Spoedsituatie in de eerste lijn (thuis).....	6
2.1 Algemene procedure.....	6
2.2 Procedure RAV voor en tijdens transport naar het ziekenhuis	7
2.3 Overdracht van ambulance naar verloskamer	8
3 Procedure obstetrische spoedsituatie poliklinisch en medium risk bevalling	8
4 Procedure Vitaal Bedreigde Pasgeboren Kinderen	9
4.1 Vitaal Bedreigde Pasgeboren Kinderen	9
4.2 Aanbeveling Veilig vervoer van vitaal bedreigde pasgeboren kinderen	9
4.3 Inzet MMT	10
4.4 Samenvatting: flowdiagram bedreigde neonat parallelle actie	10
4.5 Niet Vitaal bedreigde Pasgeboren Kinderen	10
4.6 Aanbeveling veilig Vervoer van niet vitaal bedreigde pasgeboren kinderen	11
5 Evaluatie	12
5.1 Evaluatie parallelle actie met betrokken professionals	12
5.2 Monitoring & evaluatie regionale afspraken	12
5.3 Nadere uitwerking: monitoring o.b.v. kwaliteitsindicatoren	13
6 Implementatie & communicatie.....	13
7 Bijlagen	14
Bijlage 1: Afkortingen.....	14
Bijlage 2: ISBARR	15
Bijlage 3. Contactgegevens VSV's en ziekenhuizen Noord-NL	16
Bijlage 4. Auteurs protocol parallelle actie	17
Bijlage 5. Versiebeheer	18

1 Inleiding

Het kan voorkomen dat bij een bevalling in de eerste lijn (thuis of poliklinisch) een acute levensbedreigende situatie ontstaat. In dit geval is het van groot belang dat op indicatie van de eerstelijns zorgverlener (verloskundige of huisarts) overleg plaatsvindt met de gynaecoloog of andere obstetrisch professional in de tweede lijn. De eerstelijns verloskundige beoordeelt of het nodig is om de parallelle actie op te starten, zoals het in huis klaar laten staan van een verloskamer-team, OK-team en anesthesioloog en het oproepen van een kinderarts. Indien besloten wordt tot een parallelle actie, “spoed” in de definiëring voor de meldkamer en ambulancehulpverlening, wordt de ambulancehulpverlening van de zwangere/barende en/of zuigeling georganiseerd. Parallel hieraan worden in het ziekenhuis de nodige voorbereidingen getroffen. Op deze manier kan zonder uitstel de noodzakelijke behandeling gegeven worden en loopt de zorg voor moeder en kind geen onnodige vertraging of kwaliteitsverlies op.

1.1 Uitgangspunten: benodigde randvoorwaarden bij acute geboortezorg

Het Zorginstituut heeft voor zes complexe spoedzorgstromen¹ bepaald dat zorgverleners hier ketenbrede afspraken over moeten maken. Het ROAZ is hiervoor het aangewezen vehikel. In dit rapport staan de indicatoren genoemd om de kwaliteit van spoedzorg te borgen. Hiernaast staat in het rapport ‘Zorgstandaard Integrale Geboortezorg’² (2016): *“Elke zwangere moet in een acute situatie 24 uur per dag, 7 dagen per week kunnen rekenen op goede en de juiste zorg. Onder een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte wordt verstaan een situatie waarin snel zorg moet worden verleend aan moeder en/of kind om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen.”*

De volgende randvoorwaarden zijn hierbij geldend om zo goed en veilig mogelijk acute zorg te kunnen garanderen tijdens alle fasen van de zwangerschap en baring:

- Alerte zwangere bij aanvang acute situatie, alerte zorgverleners
- 24/7 start behandeling binnen aanvaardbare tijd (vooralsnog wordt hierbij de 45-minuten norm gehanteerd waarbij de ambulance 15 minuten aanrijtijd heeft)
- Eén telefoon/-contact nodig voor beoordeling spoedoproep

Bovengenoemde uitgangspunten en randvoorwaarden zijn ook van toepassing op voorliggend protocol.

1.2 Doelstellingen en doelgroep protocol

In dit protocol zijn regionale afspraken omtrent het opstarten van parallelle acties bij obstetrische spoedsituaties in de eerste lijn (thuis of poliklinisch), tweede lijn (ziekenhuis) en derde lijn (UMC, MMT, NICU) vastgelegd. De scope van het protocol is een onverwachte spoedsituatie thuis in een acuut, levensbedreigend scenario. Het voorliggend protocol betreft een **organisatorische, regionale aanpak** waarbij de focus ligt op generieke afspraken. Het **doel** hiervan is om de acute geboortezorg zo voorspelbaar mogelijk te maken voor alle spelers. De werkwijze die hoort bij het volgen van de regionale afspraken kan per VSV verschillen. Het protocol is bedoeld voor alle leden van de 9 VSV's in Noord-Nederland³ en voor de zorgverleners van de ambulancezorg.

¹ [Spoed moet goed](#), Zorginstituut, december 2015

² [Zorgstandaard Integrale Geboortezorg](#), juni 2016

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de spoedsituatie in de eerstelijns toegelicht inclusief de algemene procedure, het transport richting ziekenhuis en de bijbehorende overdracht. Hoofdstuk 3 beschrijft kort de obstetrische spoedsituatie bij een poliklinische bevalling. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de focus gelegd op de vitaal bedreigde neonatus inclusief vervoer en wanneer inzet van de MMT benodigd is. In hoofdstuk 5 komt de evaluatie aan bod: zowel van de parallelle actie (spoedsituatie) zelf als het monitoring en evalueren van voorliggende regionale afspraken. Hoofdstuk 6 bevat de benodigde stappen voor implementatie en communicatie. Tot slot bevatten de bijlagen informatie over gebruikte afkortingen, ISBARR, contactgegevens van de VSV's en een overzicht van de auteurs van het protocol.

2 Spoedsituatie in de eerste lijn (thuis)

2.1 Algemene procedure

- De eerstelijns professional (verloskundige of huisarts) neemt contact op met het ziekenhuis en de Meldkamer Ambulancezorg Noord-Nederland (hierna: 'meldkamer'), in een volgorde die passend wordt geacht:
 - Bellen meldkamer:
 - eigen naam en functie benoemen,
 - daarna locatie noodgeval.
 - 'spoed' + indicatie vermelden (foetale nood, fluxus etc.),
 - daarna relevante informatie voor ambulanceteam aangeven: tilassistentie (indien patiënt niet op begane grond/indien geen lift waar brancard in past), couveuse, tweede patiënt etc. Een patiënt op brancard kan niet de trap af, de meldkamer kan op aangeven van het ambulanceteam de brandweer inschakelen.
 - Bellen ziekenhuis (zie bijlage 3, per zkh wie):
 - indicatie tot verwijzen duidelijk doorgeven aan en bespreken met de dienstdoend obstetrisch professional (klinisch verloskundige, arts-assistent of gynaecoloog).
 - Aangeven dat parallelle actie nodig is.
- Bij de overdracht wordt gebruik gemaakt van de ISBARR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation, Read back & repeat, zie bijlage 2). De inschatting van de urgentie is een gezamenlijke taak van de eerstelijns zorgverlener en de tweedelijns obstetrisch professional. De medische verantwoordelijkheid blijft in de thuissituatie bij de eerstelijns zorgverlener.
- De eerstelijns professional zorgt voor overdracht aan het ambulancepersoneel middels de ISBARR-structuur. Deze structuur is de basis van de overdracht, de inhoud van de overdracht wordt door de professional die overdraagt zelf aangevuld met relevante informatie al naar gelang de mate van spoed. Daarnaast wordt de zwangerschapskaart op papier (indien aanwezig) meegegeven en indien mogelijk wordt het dossier (ook) via Zorgdomein spoed gedeeld. Er is (nog) geen digitale koppeling tussen dossiers van verwijzers (w.o. eerstelijns verloskundigen) en de ambulance.
- Bij de overdracht van eerstelijnsverloskundige aan het ambulancepersoneel, wordt ook afgestemd hoe de taakverdeling tussen de beide zorgprofessionals zal zijn. Er zijn in deze situatie verschillende autonome zorgprofessionals aan het werk, hetgeen vraagt om verheldering van de taakverdeling. Naast de ambulanceverpleegkundige is soms het MMT aanwezig. Het is aan te raden dat er eerst een time out plaatsvindt, waarin o.a. de taakverdeling wordt besproken.
- Er is altijd overleg tussen de eerstelijns verloskundige en ambulanceverpleegkundige of het wenselijk is dat de eerstelijns verloskundige mee gaat in de ambulance. Dit is een professionele afweging van de eerstelijns verloskundige rekening houdend met de praktijksituatie en de klinische situatie van de patiënt. Bij een spoedrit met een vrouw in partu, waarbij interventie door een verloskundige noodzakelijk wordt geacht, zal de verloskundige altijd in de ambulance meegaan. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de verloskundige om terug te komen bij de eigen auto. Zie ook voor de verantwoordelijkheidsverdeling van verloskundige en ambulanceverpleegkundige ter plaatse.

Tabel 1. Verantwoordelijkheidsverdeling betrokken zorgverleners ter plaatse

Verloskundig professional	Verloskundig hulpverlener (kraamverzorgende of verloskundige i.o.)	Ambulanceverpleegkundige (AVP) en eventueel MMT
alarmeert bij twijfel laagdrempelig en vroegtijdig de ambulance (met reële kans op inzet transport)	aanwezig in thuissituatie of bij poliklinische bevalling ter ondersteuning verloskundig professional, overdracht actuele gegevens	ontvangt bij aankomst mondelinge overdracht van de verloskundige
informeert AVP over de situatie	alarmeren ambulance in afstemming met verloskundig professional	maakt werkafspraken met verloskundig professional (taakverdeling: wie doet wat op welk moment bij deze casus)
bij besluit tot vervoer verzorgt de verloskundige een adequate overdracht aan AVP	assisteert bij stabilisatie pasgeborene en communicatie naar ambulance	verantwoordelijk voor maternale complicaties en eventueel (voorbereidend) handelen hiervoor
maakt werkafspraken met AVP (taakverdeling: wie doet wat op welk moment bij deze casus)		verantwoordelijk voor reanimatie pasgeborene
verantwoordelijk voor bevalling incl. verloskundige medicatie		verantwoordelijk voor zorg voor patiënte tijdens vervoer naar het ziekenhuis, behoudens directe verloskundige zorg als de verloskundige meegaat
assisteert bij reanimatie pasgeborene (of vervolgt reanimatie indien deze reeds is ingezet, in afstemming met AVP)		draagt over aan verantwoordelijk arts
overlegt met gynaecoloog, bepaalt ziekenhuis en geeft advies mee (direct SEH, OK of afdeling verloskunde), contact kinderarts i.g.v. neonat in slechte toestand		

- In het ziekenhuis kan de gynaecoloog naar eigen inzicht parallelle acties opstarten en afbreken. Zo nodig vindt ook overleg plaats met de kinderarts.
- Ook zorgt de kinderarts in het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor de eerste opvang van het kind, in het geval van een onverwachte prematuur onder de 32 weken in de thuissituatie. In dit geval heeft de MMT-arts overleg met de kinderarts en/of IC-neonatologie.

2.2 Procedure RAV voor en tijdens transport naar het ziekenhuis

- Bij de procedure RAV (Regionale Ambulancevoorziening) wordt er gehandeld conform de Landelijke Protocollen Ambulancezorg (LPA)⁴.
- Het Mobiel Medisch Team (MMT) kan worden opgeroepen volgens de inzetcriteria zoals beschreven in het LPA. Bij een reanimatie van de zwangere/het kind komt er standaard een tweede ambulance ter assistentie en wordt het MMT ook primair ingezet door de meldkamer.
- Het papieren zwangerschapsdossier (indien mogelijk digitaal via Zorgdomein spoed) wordt door de eerstelijns hulpverlener meegegeven aan de ambulanceverpleegkundige. Bij voorkeur gebeurt dit ook digitaal naar het ontvangende ziekenhuis voor vergemakkelijking van de overdracht.

⁴ Bron: [Landelijke Protocollen Ambulancezorg \(LPA\)](#), 2023

- Ambulance vervoert patiënte naar het ziekenhuis waarnaar is doorverwezen. Het team doet een vooraankondiging met een verwachte aankomsttijd.
- De gynaecoloog en/of kinderarts kan telefonisch adviezen geven maar neemt de medische verantwoordelijkheid pas over bij aankomst van patiënte in het ziekenhuis.

2.3 Overdracht van ambulance naar verloskamer

Met optische en geluidssignalen (OGS) wordt de patiënt naar het ziekenhuis vervoerd. De patiënte gaat naar de verloskamers tenzij in telefonisch overleg anders overeengekomen. Hier vindt de eerste opvang en beoordeling plaats en kunnen aanvullende maatregelen plaatsvinden of de behandeling in gang worden gezet. Van hieruit vindt (spoed)transport plaats naar de OK indien nodig. Bij overdracht van ambulancepersoneel aan ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van de (I)SBARR.

De gynaecoloog kan besluiten de eerste opvang op de OK, SEH of verloskamer te doen. Een ziekenhuis medewerker vangt het ambulanceteam op, op een met hen afgesproken locatie. De verantwoordelijk voor de communicatie ten aanzien van de locatie berust bij het ziekenhuis.

In het geval van een onverwachte prematuur onder de 32 weken draagt de kinderarts zorg voor het overleg met het NICU-team.

3 Procedure obstetrische spoedsituatie poliklinisch en medium risk bevalling

De procedure voor het opstarten van een parallelle actie bij een poliklinische bevalling is gelijk aan die van een spoedsituatie bij een thuisbevalling, met uitzondering van de afspraken over ambulancezorg. Bij overdracht aan de tweede lijn, gaat de verantwoordelijkheid direct na het overleg over op de tweedelijns zorgverleners.

4 Veilig vervoer pasgeboren kinderen

De conditie van het pasgeboren kind is leidend in het vervoer ervan naar het ziekenhuis. In dit protocol wordt van het pasgeboren kind in de thuissituatie uitgegaan, waarbij de verloskundige de eerste beoordeling doet. Zij kan daarna overleggen met de meldkamer⁵ bij vitaal bedreigde pasgeboren kinderen of met de kinderarts bij minder urgente situaties. Er wordt overlegd middels de ISBARR-methode.

Tijdens het wachten op de ambulance met couveuse kan uiteraard ook overlegd worden met de dienstdoende kinderarts. Bij ernstig vitaal bedreigde kinderen of verslechtering tijdens het wachten gaat overleg via de MMT-arts. Tevens is secundaire inzet van het MMT mogelijk op basis van communicatie tussen de ambulanceverpleegkundige en de meldkamer.

4.1 Vitaal bedreigde pasgeboren Kinderen

Voor de definitie van vitaal bedreigde pasgeborene kinderen zijn landelijke afspraken. Het gaat daarbij om:

- prematuriteit <35 weken
- pasgeborene met **één of meer** van onderstaande symptomen:
 - slap en/of niet reactief
 - geen of insufficiënte ademhaling
 - hartactie persisterend >160/min of <100/min
 - ernstige en/of persisterende (<1 uur) bleekheid/cyanose
 - lage saturatie gemeten aan de rechterhand/pols
 - hypoglycemie <2.6 mmol/L

4.2 Aanbeveling veilig vervoer van vitaal bedreigde pasgeboren kinderen

Vitaal bedreigde pasgeboren kinderen horen altijd in een ambulance met couveuse vervoerd te worden naar het ziekenhuis. Het MMT wordt bij deze meldingen altijd ingeschakeld door de meldkamer (parallele actie) nadat de verloskundige de meldkamer heeft gebeld.

Standplaatsen ambulance met couveuse: Groningen, Stadskanaal, Winschoten, Beilen, Leeuwarden. De aanrijtijd duurt maximaal 30-40 minuten.

Second best: Als er geen baby lance beschikbaar is, kan de vitaal bedreigde pasgeborene bij hoge uitzondering direct op de brancard vervoerd worden, gefixeerd met de daarvoor (speciaal) beschikbare middelen.

Controles tijdens vervoer: Er wordt altijd gewaarborgd dat de pasgeborene een vrije luchtweg heeft en monitorbewaking is standaard zorg. Warmtemanagement tijdens vervoer: In alle situaties van het vervoer van een pasgeborene met de ambulance dient de temperatuur van de cabine achterin verhoogd te worden voor het aanrijden en tijdens het transport.

Waarheen wordt de vitaal bedreigde pasgeborene vervoerd?

De vitaal bedreigde pasgeborene dient altijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis vervoerd te worden. De ziekenhuizen met een kinderafdeling zijn bekend bij de meldkamer

Hier wordt na beoordeling en stabilisatie, door de kinderarts zo nodig vervolgactie in gang gezet, bestaande uit contact met de dienstdoende neonatoloog van de NICU voor overplaatsing.

⁵ De verloskundigen beschikken over een eigen spoednummer, dat als zodanig geïdentificeerd wordt door de meldkamer: als dit nummer overgaat weet de centralist dat het om een verloskundige gaat met een spoedvraag.

Dichtstbijzijnde (o.b.v. reistijd) ziekenhuizen in Noord-Nederland zijn:

Drenthe: Treant Zorggroep locatie Emmen (Scheper), WZA

Friesland: Antonius Ziekenhuis Sneek, Frisius Mc (Leeuwarden, Heerenveen), Nij Smellinghe Drachten.

Groningen: Martini Ziekenhuis, OZG, UMCG

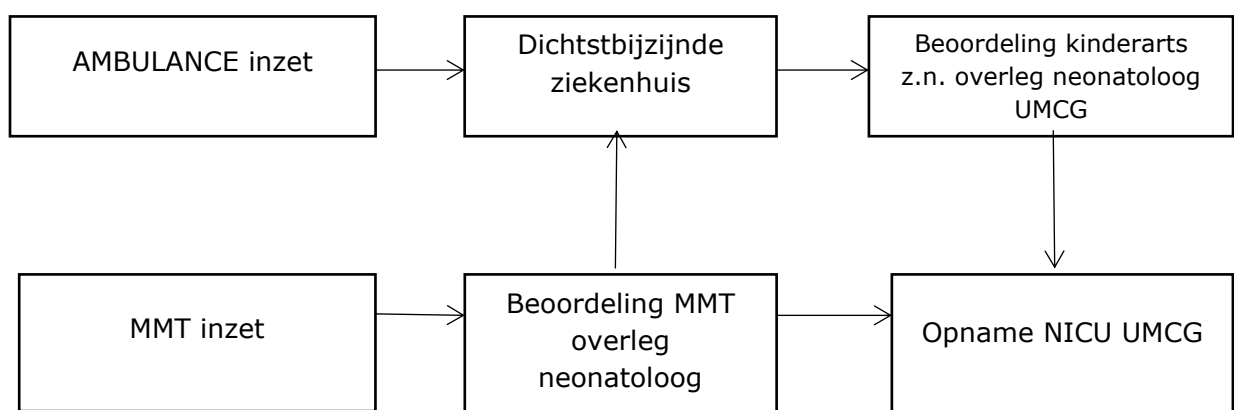
Dit betekent dat in Noord-Nederland alle ziekenhuizen, behalve Treant Zorggroep locatie Stadskanaal en Hoogeveen en locatie Isala Meppel, vitaal bedreigde pasgeborenen kunnen opvangen.

4.3 Inzet MMT

Indien ook het MMT ingezet is, kan na beoordeling door het MMT ter plekke overlegd worden met de dienstdoende neonatoloog van het UMCG (werkdag 64133, in de dienst bereikbaar via de telefooncentrale). Er zijn dan 2 mogelijkheden:

1. Neonaat naar het dichtstbijzijnde geschikte ziekenhuis.
2. Naar de IC Neonatologie in het UMCG; (of bij vitaal bedreigde pasgeboren kinderen >14 dagen kan gekozen worden voor opname op de Kinder-IC).

4.4 Samenvatting: flowdiagram bedreigde neonaat parallelle actie



4.5 Niet-vitaal bedreigde pasgeboren kinderen

Er zijn diverse situaties waarbij het pasgeboren kind niet met spoed naar het ziekenhuis vervoerd hoeft te worden. In deze situaties zal de verloskundige meestal de eerste beoordeling doen van de pasgeborene en beoordelen om welke categorie (zie hieronder) het gaat en wat de transportmethode van voorkeur is. Het gaat om pasgeboren kinderen:

- a. die gezond zijn maar waarvan moeder met spoed naar het ziekenhuis vervoerd moet worden. Deze kinderen gaan doorgaans binnen twee uur naar hetzelfde ziekenhuis.
- b. niet vitaal bedreigd zijn maar wel een relatieve spoedindicatie hebben om door een kinderarts beoordeeld te worden. Te denken valt aan: een pasgeborene met een slechte start maar vlot herstel, een prematuur van 35-37 weken, een dysmatuur, een pasgeborene met hypothermie, of hyperbilirubinemie richting de wisseltransfusie grens.
- c. die niet-levensbedreigende gezondheidsproblemen hebben zoals: afvallen, slecht drinken, geelzucht, instabiele temperatuur. Deze categorie pasgeboren kinderen worden op indicatie van de eerstelijns verloskundigen ingestuurd naar de kinderarts.

4.6 Aanbeveling veilig vervoer van niet vitaal bedreigde pasgeboren kinderen

Aanbeveling veilig vervoer van niet-vitaal bedreigde pasgeboren kinderen

Situatie a. Als een gezonde pasgeborene, in de eerste levensuren, achter moeder aan (dus bij maternale indicaties) naar de kliniek vervoerd moet worden, kan de eerstelijnsverloskundige besluiten dat dat per ambulance dient te gebeuren. De pasgeborene wordt nooit samen met de moeder in dezelfde ambulance vervoerd. Eventueel vervoer van de pasgeborenen per ambulance op maternale indicatie vindt altijd met lage urgentie en prioriteit plaats. Vervoer per ambulance biedt de mogelijkheid om de baby te monitoren en beter warmtemanagement te verzorgen. Het is niet wenselijk om een pasgeborene in de eerste uren alleen op een achterbank in een autostoel te vervoeren i.v.m. bedreiging van de luchtweg en risico op 'sudden unexpected postnatal collapse (SUPC)'.

Daarbij komt ook dat in een maternale spoedsituatie het lichamelijk onderzoek van de pasgeborene vaak nog niet (volledig) heeft plaatsgevonden en de eerstelijns verloskundige dus niet zeker weet of het kind afwijkingen heeft en de transitie goed is gegaan.

Situatie b. Voorkeur gaat in deze situatie uit naar een ambulance met couveuse waarmee er de mogelijkheid is om de pasgeborene onder continue monitoring, warmtemanagement en een veilig gefixeerde positie te vervoeren. Bij uitzondering kan hier na overleg met de kinderarts vanaf geweken worden (bijvoorbeeld wanneer men zich vlakbij het ziekenhuis bevindt en het wachten op de ambulance met couveuse onnodig vertragend werkt).

In deze situatie kan na het overleg met de kinderarts (waarin anamnese en lichamelijk onderzoek, inclusief temperatuur en gewicht, benoemd zijn) en nogmaals zorgvuldige beoordeling door de eerstelijns verloskundige besloten worden om de pasgeborene **met toezicht** op de achterbank in een autostoel te vervoeren.

Situatie c. Deze niet-levensbedreigende gezondheidsproblemen kunnen ook later in de kraamweek nog optreden. In dit geval zal de verloskundige overleggen over de wijze van vervoeren met de dienstdoende kinderarts waar naartoe wordt verwezen. Over het algemeen kunnen deze pasgeborenen veilig vervoerd worden in een autostoel. Voor de manier waarop verwijzen we naar 'De 4 van Veilig je baby mee in de auto' op www.kinderveiligheid.nl.

5 Evaluatie

Eenzijds kan de parallelle actie zelf worden geëvalueerd met betrokken professionals. Anderzijds is het goed om de regionale afspraken zoals vastgelegd in dit protocol te monitoren en evalueren. Dit onderscheid is hieronder nader toegelicht.

5.1 Evaluatie parallelle actie met betrokken professionals

Na iedere parallelle actie wordt door de betrokken hulpverleners beoordeeld of deze nabespreking behoeft en op welke wijze deze nabespreking wordt ingevuld. Dit gebeurt door een **debriefing van de parallelle actie** met betrokken obstetrisch professionals ter plaatse. Daarnaast wordt elke parallelle actie geëvalueerd **binnen het desbetreffend VSV**. In de praktijk zal deze evaluatie niet direct na de geleverde zorg kunnen plaatsvinden. De verwijzende zorgverlener uit de eerste lijn en betrokken gynaecoloog worden als verantwoordelijken aangewezen voor het opvoeren van de casus ter bespreking binnen 6 maanden na parallelle actie. Bij voorkeur sluit ook betrokken kraamverzorgende, ambulancepersoneel en een kinderarts aan bij de evaluatie. De werkwijze voor deze evaluatie kan per VSV worden bepaald. Wel kan aan de hand van eenzelfde leidraad de evaluatie worden uitgevoerd. Mede omdat de ambulanceverpleegkundigen in verschillende werkgebieden van de VSV's werkzaam zijn. Daarnaast zijn de uitkomsten van de evaluaties op deze manier ook met elkaar te vergelijken.

Een **generieke, beknopte leidraad** voor de evaluatie kan de volgende elementen bevatten:

- Beschrijving van de casus (bereikbaarheid, overdracht, tijdspad)
- Functie van de betrokkenen
- Omstandigheden
- Uitkomst w.o. inzet ambulance ja/nee, reanimatie, ziekenhuis eerste keuze beschikbaar?
- Identificeren van sub-standard factoren in het eigen handelen.
- Leerpunten: wat ging goed en wat kan de volgende keer beter? Waaronder:
 - Zijn de vastgelegde afspraken in het regionaal protocol gevolgd?
 - Zijn deze afspraken behulpzaam geweest of moeten deze worden herzien?
 - Zijn de juiste acties ingezet?
 - Hoe is de communicatie verlopen tussen betrokken hulpverleners?
- Verbeterplan incl. borging

De manier en borging van evaluatie van de parallelle actie vraagt nadere uitwerking. Per VSV worden afspraken gemaakt over de verslaglegging met als doel om de geleerde lessen vast te houden en te gebruiken voor jaarverslagen, benchmarking etc. De terugkoppeling gebeurt binnen desbetreffende VSV's en de uitkomsten worden gedeeld met alle betrokken zorgprofessionals. Bij het implementeren van verbeter suggesties kan de ACTion methodiek worden gebruikt.

5.2 Monitoring & evaluatie regionale afspraken

De leerervaringen die voortkomen uit **de evaluaties van de parallelle acties** vormen input voor het aanscherpen van voorliggend regionaal protocol. Op deze manier wordt gemonitord of de regionale afspraken bijdragen aan kwalitatief goede zorg. Eén jaar na invoering van het protocol wordt deze als geheel geëvalueerd en geactualiseerd. Hierbij kunnen de opgevoerde casussen zoals beschreven in de vorige paragraaf (oftewel de evaluaties van de parallelle acties) allemaal aan bod komen.

5.3 Nadere uitwerking: monitoring o.b.v. kwaliteitsindicatoren

Daarnaast kan op basis van **kwaliteitsindicatoren**, waarbij landelijke richtlijnen worden gevolgd, de geleverde zorg worden gemonitord. Het doel hiervan is om de ketenzorg te verbeteren waar mogelijk: het registreren en monitoren van indicatoren moet een zinvolle exercitie zijn en aan dit doel bijdragen.

Kwaliteitsindicatoren omvatten o.a.:

- **Procesindicatoren:** bijv. hoeveel geregistreerde parallelle acties per 6 maanden, essentiële tijdsverloop per actie (benodigde tijd om tot de gewenste uitkomst te komen), eerste contact meldkamer, arriveren ambulance, arriveren in ziekenhuis, indien sectio tijdstip van beslissing tot geboorte kind
- **Uitkomstindicatoren:** AOI-5, perinatale/maternale sterfte, ernstige asfyxie (AS < 4 5 min; pH < 7, indicatie tot koeling op NICU), fluxus post partum gegevens, cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid (ervaringen zorgverleners)

Het voorstel is om monitoring a.d.h.v. kwaliteitsindicatoren, nader uit te werken na vaststelling van voorliggend protocol. Waarbij de VSV's verkennen welke kwaliteitsindicatoren eerst de focus moeten hebben: klein beginnen, vervolgens uitbouwen.

6 Implementatie & communicatie

Dit protocol is vastgesteld in het Bestuurlijk ROAZ Noord Nederland op 27 november 2025 en via de communicatielijnen van het consortium en het AZNN verspreid. Per VSV wordt invulling gegeven aan de implementatie van de afspraken in het regionaal protocol. Op deze manier kan worden aangesloten bij het lokale VSV-protocol, dat reeds geldend is.

7 Bijlagen

Bijlage 1: Afkortingen

AVP	Ambulanceverpleegkundige
AZNN	Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland
ISBARR	Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation, Read back & repeat
LPA	Landelijk Protocol Ambulancezorg
OGS	Optische en Geluidssignalen
OK	Operatiekamer
PDCA	Plan – Do – Check – Act
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	Spoedeisende Hulp
VSV's	Verloskundige Samenwerkingsverbanden
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZeGNN	Consortium Zwangerschap & Geboorte Noord-Nederland

Bijlage 2: ISBARR

Duidelijke communicatie tussen verwijzer en obstetrisch professional is bij elke overdracht van groot belang. Daarom vindt de communicatie plaats d.m.v. de zogenaamde SBAR-methode. Doel van deze methode is het op eenduidige, beknopte en systematische wijze geven van informatie. Op deze wijze wordt voorkomen dat relevante informatie verloren gaat en dat niet-relevante informatie op de voorgrond staat.

ISBARR

Identification:	wie ben ik, naam en functie
Situation:	de huidige situatie van de patiënt schetsen incl. ABCD-evaluatie
Background:	achtergrond belichten zoals medische geschiedenis
Assessment:	wat is het huidige probleem (klinische conditie) vanuit eigen inschatting
Recommendation:	wat denk je dat er moet gebeuren / verwachtingen t.a.v. ketenpartner
Read back & repeat:	herhaling van bovenstaande

Welke informatie moet gegeven worden bij een overdracht:

- Probleem: parallelle actie/spoed of overleg?
- Naam, geboortedatum en of zij al bekend is / een medisch dossier heeft in de tweedelijns / derdelijns?
- Conditie moeder en kind: primi- of multipara / termijn? / in partu of al bevallen? / klinische conditie: stabiel, shock, cortonen?
- Setting: Waar bevinden vrouw en verloskundige zich? Verwachte transporttijd?
- Al genomen beslissingen / gegeven behandeling?
- Verwachting: gynaecoloog en/of kinderarts en/of mogelijk OK-team nodig of eerste opvang door klinisch verloskundige mogelijk?
- Conclusie: locatie opvang betreft verloskamer, SEH of OK.

Bijlage 3. Contactgegevens VSV's en ziekenhuizen Noord-NL

Naam VSV	Contactpersoon VSV	E-mailadres VSV	Verwijzing naar welk ziekenhuis	Bij spoedgevallen Telefoonnummer dd. gynaecoloog in ziekenhuis (via algemeen nr. of rechtstreeks)
VSV Leeuwarden	Tsjoltsje Roelevink (secr. bestuur)	SecretariaatVSV-MVO@outlook.com 058-2863709 (organisatorisch)	Frisius MC, locatie Leeuwarden	058-2866666 (vragen naar dd. gynaecoloog)
VSV Kr8ig (Drachten)	Florianne Stroobant, projectleider VSV	f.stroobant@nijsmellinghe.nl 0512588520	Nij Smellinghe	0512-588525 (rechtstreeks)
VSV Heerenveen (Middenin)	Margreet Miedema (gyn, vz)	Margreet.miedema@frisiusmc.nl	Frisius MC, locatie Heerenveen	0513-685 685 (via algemeen nr.)
VSV Sneek	Nienke Gorter (gyn)	n.gorter@mijnantonius.nl	Antonius Sneek	0515-488 888 (via algemeen nr.)
VSV Assen	Esther Tuinman	assenvsv@gmail.com	WZA	0592-325555 (algemeen) of 0592-325395 (algemeen maar zonder welkomstboodschap)
VSV SHE (Stadskanaal-Hoogeveen-Emmen)	Ingrid van der Veen (gyn)	vsvshe@treant.nl	Treant Zorggroep – Scheper ziekenhuis te Emmen	088-1292929 (Treant 3 locaties), vragen naar dd. gynaecoloog (overdag 088-1291338)
VSV Martini Geboortegroep (Groningen)	Janna Munster (gyn, vz)	stuurgroepmgg@mzh.nl	Martiniziekenhuis	050 5247336
VSV OZG / Ommelander VSV	Annemaj Kuipers (coördinator VSV)	ommelandervsv@gmail.com	OZG	088-5662959 (spoednummer dd. gynaecoloog)
VSV Stad & Ommeland (UMCG)	Maureen Franssen (gyn, vz. VSV)	m.t.m.franssen@umcg.nl	UMCG	1 ^e : Dienstdoend hoofddienst (AIOS) via direct 06-31623282 of UMCG centrale 050-3616161 (mobiel intern 46778). Supervisor gynaecoloog via verloskamers 050-3613120

Bijlage 4. Auteurs protocol parallele actie

- Roelof Lettinga/ Bert Dercksen, Medisch Manager UMCG Ambulancezorg
- Ellen Lammerink, gynaecoloog Frisius MC locatie Leeuwarden
- Gerco Jansen, gynaecoloog Frisius MC, locatie Heerenveen
- Ingrid van Veen, gynaecoloog Treant Zorggroep
- Itske Huberts, verloskundige VSV Martini Geboortegroep
- Jan-Jaap Erwich, gynaecoloog UMCG / voorzitter ZeGNN
- Jelle Stekelenburg, gynaecoloog Frisius MC locatie Leeuwarden
- Lieneke Venema / Margot Brouwer-Bergsma, Mobiel Medisch Team
- Machteld van Scherpenzeel, kinderarts-neonatoloog Frisius MC, locatie Leeuwarden
- Marhin Schipper, gynaecoloog OZG
- Marian Karssen, verloskundige Ommelander VSV
- Marloes Holswilder-Olde Scholtenhuis, gynaecoloog UMCG
- Peet Stienstra, gynaecoloog WZA
- Support Consortium ZeGNN: Conny Vreugdenhil
- Support bureau AZNN: Floor van Nuenen

Auteurs hoofdstuk 4 Veilig vervoer pasgeboren kinderen:

Betrokken professionals:

Christian Hulzebos, neonatoloog UMCG

Leanne Erkelens, neonatoloog MZH

Machteld van Scherpenzeel, neonatoloog Frisius MC

Sannemarije de Ridder, beleidsadviseur Kraamzorg Het Groene Kruis

Bert Dercksen, Medisch Manager UMCG Ambulancezorg

Ellen Nijmeijers, eerstelijnsverloskundige, VSV Drachten

Andrea Drost, coach-adviseur implementatievraagstukken DrostEffect

Conny Vreugdenhil, coördinator consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland

Carin Boomgaarden, regio coördinator perinatale audit Noord Nederland

Bijlage 5. Versiebeheer

Versie	Datum	Toelichting
V1.0	17 juni 2021	Document vastgesteld in het Bestuurlijk ROAZ Noord NL
V1.1	30 nov 2021	Paragraaf 4.3 toegevoegd o.b.v. tekstvoorstel neonatologie, MMA en MMT
V1.2	10 juni 2025	Hoofdstuk 4 veilig vervoer pasgeboren kinderen aangepast Update contactgegevens (bijlage 3) Update auteurslijst (bijlage 4) Update referenties